

FACULTE MIXTE

DE

MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N^o 28

Contribution au Diagnostic Différentiel des Sciaticques et des Oblitérations Artérielles des Membres Inférieurs

LE SIGNE DU BRASSARD OSCILLOMÉTRIQUE

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le 1942

PAR

ANDRÉ LUCCHINI

Né le 30 Septembre 1913, à HYÈRES (Var)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. H. ROGER, *Président*

Y. POURCINES,

M. AUDIER,

J. PAILLAS,

{ *Assesseurs*

MARSEILLE
IMPRIMERIE ANT. GED
48, Rue Paradis, 48

1942



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**Contribution au Diagnostic Différentiel des Sciatiques
et des Oblitérations Artérielles des Membres Inférieurs**

Le Signe du Brassard Oscillométrique

FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE

N°

Contribution au Diagnostic Différentiel des Sciaticques et des Oblitérations Artérielles des Membres Inférieurs

LE SIGNE DU BRASSARD OSCILLOMÉTRIQUE

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le

1942

PAR

ANDRÉ LUCCHINI

Né le 30 Septembre 1913, à HYÈRES (Var)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. H. ROGER, *Président*
Y. POURSINES,
M. AUDIER,
J. PAILLAS,

Assesseurs

MARSEILLE
IMPRIMERIE ANT. GED
48, Rue Paradis, 48

1942



PERSONNEL ENSEIGNANT DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE.

Doyen : LUCIEN CORNIL

Assesseur : F. MERCIER.

Doyen honoraire : L. IMBERT

Professeurs honoraires : MOITESSIER, CASSOUTE

OLMER, GAUJOUX, COTTE, AUBARET

Chargé de Cours honoraire : TIAN

Secrétaire : J. COMTE

Bibliothécaire : M^{re} PEROL

Professeurs :

Anatomie	CORSY
Anatomie pathol. et Pathol. expérimentale	CORNIL
Bactériologie	ROUSLACROIX
Chimie analytique et hydrologie	RIMATTEI
Chimie médicale	ROCHE
Clinique chirurgicale	FIOLLE
Clinique chirurgicale	BOURDE
Clinique exotique	HECKENROTH
Clinique des maladies nerveuses	ROGER
Clinique médicale	AUDIBERT
Clinique médicale	MONGES
Clinique médicale	MATTEI
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique obstétricale	VAYSSIÈRE
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique oto-rhino-laryngologique	BREMOND
Clinique urologique	CHAUVIN
Histoire naturelle	N...
Histologie	ROMIEU
Hygiène générale et coloniale	VIOLLE
Médecine légale	MOSINGER
Parasitologie	JOYEUX
Pathologie chirurgicale	MOIROUD
Pharmacodynamie et matière médicale	F. MERCIER
Pharmacie	VIGNOLI
Physiologie	MALMEJAC
Physique	CHEVALLIER
Thérapeutique	POINSO
Professeur sans chaire	POURSINES

Chargé de Cours

Clinique dermatologique	VIGNE
-------------------------------	-------

Agrégés en exercice

MM. SAUTET	MM. BERTHIER	MM. ARNOUX	MM. AUDIER
DUBOULOZ	POINSO	CHOSSON	DOR
FIGARELLA	BALANSARD	DELPHAUT	RECORDIER
PAILLAS	BRAHIC	IMBERT	SALMON

Chargés des fonctions d'agrégé

Chimie médicale	DERRIEN
Physiologie	DONNET

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie descriptive et topographique	SALMON
Chimie minérale	ARNOUX
Clinique de la tuberculose	BERTHIER
Clinique des maladies contagieuses	PERIOT
Clinique chirurgicale infantile	IMBERT
Clinique stomatologique	ACHARD
Clinique gynécologique	FIGARELLA
Hydrologie clinique et thérapeutique	PIERI
Médecine opératoire	DOR
Microbiologie	BOYER
Neuro-chirurgie	ARNAUD
Obstétrique	CHOSSON
Toxicologie	DELPHAUT
Psychiatrie	ALLIEZ
Pharmacodynamie aux Pharmaciens	GUILLLOT
Clinique stomatologique	ACHARD

A MON PERE - A MA MERE

*« O ma mère, ô mon père, qui vivez
modestement, c'est à vous que je dois
tout ».*

A MA JEUNE SŒUR « BUT »

Ma profonde affection.

A MA SŒUR PIERRETTE - A MON BEAU-FRÈRE

A MA NIECE - A MON NEVEU

*Je les unis dans une même et sincère
affection.*

A LA MEMOIRE DE MA TANTE JEANNE

Son souvenir m'est cher.

A MA TANTE ET A MON ONCLE A. VALANCONY

Mon affection et ma reconnaissance.

A MES ONCLES - A MES TANTES

A MES COUSINS - A MES COUSINES

AU DOCTEUR PIERRE MOUREN

A MES AMIS

*Leur compagnie est une de mes plus
grandes joies.*

A MES CAMARADES DE BATAILLON
MORTS POUR LA FRANCE
EN BELGIQUE ET DANS L' AISNE

A MES COMPATRIOTES ET A MES CAMARADES
DE CAPTIVITE

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur H. ROGER

Professeur de Clinique Neurologique

Chevalier de la Légion d'Honneur

*Il nous fait le très grand honneur de
présider notre thèse ; nous sommes fier
d'être jugé par lui.*

*Nous n'oublierons jamais la haute
valeur de son enseignement, ni son
inlassable bonté.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'expres-
sion respectueuse de nos sentiments de
profonde reconnaissance.*

A NOTRE JURY DE THESE

Respectueusement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR Y. POURSINES

Il a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter d'appartenir à notre jury de thèse.

Nous l'en remercions bien respectueusement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ M. AUDIER

Médecin des Hôpitaux

Il nous a suggéré le sujet de ce travail et n'a cessé de nous diriger dans son élaboration par de précieux conseils et avec une bienveillante sollicitude.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ

J. PAILLAS

Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter de faire partie de notre jury.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a témoignée.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX

A NOS MAITRES DE LA FACULTE

INTRODUCTION

Peu d'affections ont un tableau séméiologique aussi net que les Sciatiques et les Oblitérations Artérielles des Membres Inférieurs. Cependant, leur diagnostic différentiel n'est pas toujours aussi aisé qu'on pourrait le croire.

Mis à part les cas où l'erreur relève d'un examen superficiel ou incomplet, il en est d'autres, assez fréquents, où l'interprétation des symptômes est moins facile que ne le voudrait le tableau théorique, ou des formes particulières dans lesquelles il y a intrication d'une symptomatologie vasculaire et d'une symptomatologie nerveuse, rendant difficile la précision du diagnostic.

Nous nous proposons, au cours de ce travail, d'étudier les « aspects atypiques » rencontrés au cours des sciatiques et des oblitérations artérielles des membres inférieurs, ainsi que les moyens complémentaires que nous pouvons mettre en œuvre pour préciser l'affection en cause.

Grâce à l'obligeance de Monsieur le Docteur M. AUDIER qui nous a guidé dans ce travail et que nous ne saurions trop remercier, nous avons pu recueillir plusieurs observations illustrant les difficultés signalées.

Dans ces cas « trompeurs », il nous est apparu tout l'intérêt diagnostique d'une remarque clinique faite par Monsieur le Dr M. AUDIER, concernant la douleur lors de la pose et du gonflement du brassard du sphygmomanomètre de Pachon, et que nous décrivons sous le signe du brassard oscillométrique.

Nous pensons que ce signe pourra rendre de réels services dans les cas où l'hésitation existe.

Au cours de ce travail, nous envisagerons successivement :

CHAPITRE I : OPPOSITION SYMPTOMATIQUE,

CHAPITRE II : FORMES ANORMALES,

CHAPITRE III : ESSAI DE PATHOGENIE.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION A L'OPPOSITION SYMPTOMATIQUE

Notre intention n'est pas de faire une étude clinique complète des sciaticques et des oblitérations artérielles des membres inférieurs (dorénavant OA. MI.). Nous voulons simplement insister sur les signes communs à ces deux affections et notamment sur les signes fonctionnels amenant le malade à consulter, en essayant de mettre en évidence les caractères propres à l'une et à l'autre affection.

L'hésitation clinique existe surtout à la phase initiale, c'est-à-dire avant l'établissement d'une sciatique confirmée ou à la période pré-gangréneuse d'une oblitération: c'est donc à cette phase que nous discuterons les symptômes.

Dans ce chapitre premier, nous envisagerons :

- 1° *Les Douleurs ;*
- 2° *Le syndrome neurologique de névralgie sciatique ;*
- 3° *Le syndrome ischémique d'oblitération artérielle ;*
- 4° *Les recherches complémentaires.*

LES DOULEURS

Début :

La névralgie sciatique est précédée de quelques jours par une douleur lombaire, puis elle s'installe sous forme de sensation de « contusion » à la face externe de la jambe. S'accroissant de jour en jour, elle s'étend de haut en bas ou de bas en haut à la face postérieure du membre, se substituant ainsi à la lombalgie initiale.

S'opposant à la précocité de la sciatalgie, les douleurs de l'OA. MI. sont le plus souvent tardives ; aussi est-ce par un syndrome de claudication intermittente que se révèle le plus fréquemment l'obstacle artériel.

ROLE DE L'EFFORT MUSCULAIRE : LA MARCHÉ.

Symptôme d'origine artérielle, la claudication intermittente artérielle (dorénavant : CIA) typique se manifeste lors de la marche. Au bout d'une distance variable avec le malade et le degré de l'affection, il se produit dans le mollet une douleur à type de crampe, d'abord sourde, puis devenant plus aiguë et d'une intensité telle qu'elle oblige le malade à s'arrêter. Après quelques instants de repos, tout rentre dans l'ordre ; la station debout même prolongée n'est pas pénible.

Le fait essentiel est toujours le même : *douleur progressive causée par la marche, obligeant à l'arrêt, cessant avec le repos, pour réapparaître après un effort semblable.*

Ce paroxysme douloureux s'accompagne de manifestations locales : durcissement musculaire, sensation de cuisson ou de froid, diminution des battements artériels.

Cet aspect classique n'est pas toujours rencontré. Les crampes peuvent être réduites au minimum : fourmillements, engourdissements passagers. On ne confondra pas ces dernières avec les douleurs survenant au repos

et calmées par la marche, qui traduisent le plus souvent des processus névritiques ou sympathiques. Enfin, la CIA peut encore manquer dans les formes graves ou être remplacées par des équivalents d'insuffisance circulatoire (pied blanc ou engourdi), notamment dans la Thrombo-Angéite Oblitérante de Leo Buerger. Aussi, bien que son intérêt diagnostique soit certain, son absence ne doit pas faire rejeter l'hypothèse d'une atteinte vasculaire.

Dans la névralgie sciatique, le moindre effort est le plus souvent générateur de paroxysmes douloureux au niveau du membre. Cependant, il peut engendrer des douleurs ne survenant qu'à l'occasion de la marche. Nous signalerons particulièrement :

1° *Les douleurs du début de la marche, douleurs de mise en train* : elles apparaissent dès le premier pas pour disparaître au cours de la marche.

2° *Crises sciatalgiques*, déclenchées par une marche un peu prolongée et s'accompagnant d'une sensation de fatigue des membres inférieurs.

Ces deux types douloureux sont différents de la CIA, dont ils n'ont pas le rythme caractéristique. Cependant, dans certains cas (observation n° IV), la douleur sciatique peut se manifester par des crampes douloureuses simulant à s'y méprendre la CIA. Le diagnostic différentiel ne peut alors se faire que par le contexte clinique et les recherches oscillométriques.

Les douleurs proprement dites :

A côté de la lombalgie prodromique et du paroxysme douloureux de CIA, sont les algies sciatiques et artérielles.

LES DOULEURS SCIATIQUES sont essentiellement *précoces*. Elles répondent le plus souvent à la topographie du nerf (« geste de gratter une allumette ») ou sont

moins postérieures (« douleurs en couture de pantalon de Barré »). Leur intensité varie à l'extrême, de la sensation de coup de poignard, de broiement dans les formes violentes où le malade recherche ou fuit la chaleur, au simple tiraillement dans le mollet ou dans la fesse des formes atténuées.

La douleur dans la névralgie sciatique peut être provoquée, soit par la pression de certains points bien connus depuis VALLEIX (1841), soit par des manœuvres d'élongation du nerf (manœuvre de LASÈGUE...).

Elle est déclenchée par le moindre effort (toux, éternuement, défécation...), s'asseoir ou se lever sont redoutés du malade. Elle oblige le sciatalgique à adopter certaines attitudes tant au repos (attitude hanchée) que durant la marche (démarche salutatoire). Aussi est-elle à l'origine de l'impotence fonctionnelle souvent constatée.

Les DOULEURS ARTÉRIELLES ne manquent à peu près jamais, mais à l'opposé de la sciatalgie, elles ne s'installent que *tardivement*. Au début, le malade ne souffre pas. L'intensité et les aspects cliniques de ces algies artérielles à la phase pré-gangréneuse, sont des plus variables : depuis le simple fourmillement avec refroidissement des extrémités, la crampe plus ou moins pénible, jusqu'aux douleurs atroces du Buerger. Elles peuvent être continues avec des renforcements nocturnes poussant le malade à fuir la chaleur du lit qui les exaspère, pour prendre les positions les plus incommodes (jambes pendantes).

Ces douleurs présentent un certain nombre de *caractères spéciaux* :

Sensation de lourdeur pénible, de plénitude douloureuse, donnant au sujet, sans modification objective importante, l'impression que le membre est augmenté de volume.

Elles sont intenses, profondes, imprécises, mal localisées, mal délimitées, avec un caractère très souvent angoissant ou indéfinissable.

Toujours diffuses, elles s'irradient à un territoire plus ou moins vaste, bien différent de la topographie des troncs nerveux ou des racines rachidiennes.

Elles peuvent se traduire, dans certains cas, par des manifestations objectives (modifications d'amplitude des battements artériels, réactions vaso-motrices...). Le plus souvent, aucun symptôme décelable ne vient les objectiver.

Elles sont remarquables par l'intensité des réactions à distance, par les irradiations réflexes et par l'exagération des troubles vaso-moteurs dont elles sont essentiellement génératrices.

* * *

LE SYNDROME NEUROLOGIQUE DE NEVRALGIE SCIATIQUE.

Sous ce titre, nous envisagerons successivement :

1° *Les troubles de la sensibilité,*

2° *Les troubles moteurs,*

3° *Les troubles sympathiques,*

rencontrés au cours des névralgies sciatiques, en nous efforçant de les différencier de ceux des OA. MI.

1° *Troubles de la sensibilité :*

Dans le paragraphe précédent, nous avons envisagé avec les algies, les principaux troubles subjectifs de la sensibilité au cours des sciatiques et des OA. MI.; nous n'y reviendrons pas. Nous n'envisagerons ici que les

troubles objectifs dont la légèreté contraste avec l'intensité des premiers.

L'exploration de la sensibilité objective dans ces deux affections, à l'exception des oblitérations par embolie, nous la montre le plus souvent normale. Cependant, nous pouvons rencontrer dans certaines sciatiques, à côté d'une sensibilité osseuse conservée, une exagération de la sensibilité superficielle à la piqure avec diminution de la sensibilité tactile ou encore des îlots d'hypo ou d'anesthésie à tous les modes.

2° *Troubles moteurs :*

Au cours des sciatiques et des OA. ML., on observe certaines attitudes adoptées par les malades, tant au repos que dans la station debout ou pendant le mouvement. Laissant volontairement de côté ces attitudes antalgiques signalées dans notre premier paragraphe, nous envisagerons ici : la tonicité musculaire, l'atrophie musculaire et les troubles de la réflexivité.

Tonicité musculaire : Dans les sciatiques contrastant avec l'hypertonie des muscles sacro-iliaques maintenant la scoliose, nous observons d'une façon à peu près constante un certain degré d'hypotonie musculaire au niveau de la fesse (abaissement du talon malade, élargissement du tendon d'Achille...).

Atrophie musculaire : C'est surtout dans les formes prolongées de sciatique que nous trouvons une atrophie musculaire portant sur la face postérieure de la jambe et avec prédilection, selon BARRÉ, sur le Pédieux. Cette atrophie traduit le retentissement de la névrite sur les fibres motrices que vient compléter le défaut d'exercice. On n'observe pas de paralysie véritable. Cependant, CHIRAY et ROGER ont mis en évidence par « le signe de la pointe » un léger déficit musculaire assez fréquent.

Au cours des OA. MI., nous pouvons également observer de l'amyotrophie, mais elle est alors plus diffuse.

Quant à la légère impotence rencontrée chez ces malades, elle est due plus à la douleur et à l'immobilisation qu'à une paralysie vraie.

Troubles de la réflectivité : S'opposant aux OA. MI. où les réflexes sont le plus souvent normaux, nous trouvons dans les sciaticques un ensemble de modifications :

Les réflexes tendineux achilléen et médio-plantaire sont assez fréquemment diminués ou abolis. Leur recherche est un temps primordial dans l'examen de ces malades. Il existe également une dissociation entre les réflexes péronéo-fémoral postérieur et tibio-fémoral postérieur. Parmi les réflexes cutanés, on rencontre dans un tiers des cas une exagération du cutané fessier, alors que les cutanés de défense ne sont pas modifiés. Les réflexes de posture sont conservés, même dans le cas d'abolition précoce du réflexe achilléen. Enfin, si nous recherchons la contraction idio-musculaire, nous la trouvons généralement exagérée comme dans les autres névralgies.

3° *Les troubles sympathiques :*

Avant d'aborder le syndrome ischémique, nous rangerons à la fin du syndrome neurologique un ensemble de troubles traduisant les perturbations du système sympathique au cours des sciaticques.

Avec BUSCAINO, BANAUDI, DEBOUL, RÉMOND, LEFÈVRE... signalons à côté des réactions générales de ce système (inégalité pupillaire, abolition ou inversion du réflexe oculo-cardiaque, tachycardie...), des réactions locales groupant une série de troubles :

Troubles vaso-moteurs et thermiques, caractérisés par un membre sciatalgique exceptionnellement plus pâle que le membre sain, ou pied présentant un léger

degré de cyanose ; une diminution de la température locale qui, selon BARRÉ, aurait une grande valeur sémilogique dans la sciatique par sa fréquence, son moment d'apparition et ses zones d'élection (plante du pied et 1/2 inf. de la face externe de la jambe) ; dans certaines sciatiques anciennes, nous pouvons constater une diminution de l'indice oscillométrique au sphymomanomètre de PACHON.

Troubles sudoraux : diminution de la sécrétion sudorale et sécheresse de la peau contrastant avec le membre sain.

Troubles trophiques : peau écailleuse, troubles unguéaux des formes traînantes, infiltration pseudo-œdémateuse donnant au pied un aspect « succulent ».

Les troubles sympathiques observés au cours des sciatiques banales revêtent le plus souvent une allure continue qui les différencie des crises vaso-motrices observées au cours des OA. MI. Cependant, dans certaines névralgies sciatiques, leur importance est telle que le tableau clinique peut prêter à confusion avec les manifestations de vaso-motricité rencontrées dans les affections oblitératives des membres inférieurs.

* *
* *

LE SYNDROME ISCHEMIQUE D'OBLITERATION ARTERIELLE

Sous le titre de syndrome ischémique, nous considérerons :

- 1° *Les troubles ischémiques,*
- 2° *Les crises vaso-motrices,*
- 3° *Les explorations artérielles,*

observés et pratiqués au cours des oblitérations artérielles des membres inférieurs.

1° *Troubles ischémiques.*

Nous groupons sous ce terme les conséquences directes de la diminution de l'apport sanguin.

Nombreux et d'aspects variés suivant le degré d'oblitération et l'état d'adaptation de la circulation collatérale, nous ne les envisageons qu'à la période pré-gangrèneuse.

A côté de la coloration anormale des téguments, influencée par les changements de position du membre, nous mentionnerons l'abaissement de la température locale, les altérations unguéales et l'épaississement des téguments qu'accompagne parfois une atrophie musculaire diffuse. Nous rapprocherons de ces troubles trophiques les maux perforants plantaires où les lésions nerveuses s'associent aux lésions artérielles et les ulcérations trophiques de LERICHE qui relèveraient, selon l'auteur, de l'atteinte du sympathique péri-artériel.

Nous rencontrons fréquemment, parallèlement à ces troubles trophiques, des atteintes du système veineux. Elles consistent le plus souvent en une thrombose veineuse restant latente. Dans certains cas, la symptomatologie phlébitique apparaît au milieu de l'ischémie sous forme d'œdème et donne alors une allure anormale à la maladie.

2° *Crises vaso-motrices.*

Nous pouvons observer au cours de l'évolution des OA. ML., des phénomènes paroxystiques d'ordre essentiellement vaso-moteur qui constituent avec la Maladie de Raynaud et l'Erythromélgie des entités morbides faisant défaut le plus souvent dans la symptomatologie des sciaticques.

Nous n'insisterons pas sur la physionomie clinique et sur l'évolution en trois périodes classiques de la maladie de Raynaud. Il nous suffira de constater qu'au cours

des OA. ML., ces crises sont habituellement unilatérales et siègent du côté de l'oblitération ; quand elles siègent du côté opposé, leur intensité est moindre. En outre, elles ne constituent, à côté des autres manifestations artérielles (CI, Ischémie...) qu'une poussée paroxystique, alors que dans la maladie de Raynaud, elles constituent toute l'affection.

Au cours de l'évolution des OA. ML., nous pouvons observer, quoique plus rarement, des crises vaso-motrices se rapprochant de l'Erythromélgie et pouvant, dans certains cas, alterner avec des manifestations rappelant le syndrome de Raynaud.

3° *Explorations artérielles.*

Pouls artériel local. — Sa palpation pratiquée comparativement, nous renseigne sur la valeur de l'ondée artérielle ; son affaiblissement ou sa disparition constaté au niveau d'une artère constitue un symptôme majeur en faveur d'une oblitération.

Tension artérielle locale. — Elle nous reflète le degré de perméabilité de l'artère considérée. Au cours d'une affection oblitérative, nous constatons une chute plus ou moins accentuée de la pression systolique avec une chute parallèle de la pression diastolique (cette dernière offrant peu d'intérêt).

L'oscillométrie. — Pratiquée à différentes hauteurs et aux deux membres inférieurs, elle nous fournit le renseignement le plus précieux : L'indice oscillométrique qui, complété par la courbe oscillométrique, traduira objectivement la perméabilité de l'artère considérée.

Si dans certaines sciaticques anciennes, nous pouvons constater une diminution de l'I. O., diminution jamais

très importante, il est des cas où la méthode oscillométrique ne renseigne que d'une façon imparfaite.

D'après les travaux de BARD et de PACHON, la disparition des oscillations au niveau d'un membre ne correspond pas toujours à l'oblitération d'un tronc artériel. De même, on a pu observer la conservation des oscillations dans un membre atteint de gangrène des orteils et l'on a rencontré des cas d'artérites où les oscillations étaient plus amples que du côté sain.

Malgré ces cas particuliers, l'oscillométrie demeure un des éléments essentiels du diagnostic des affections oblitératives des membres inférieurs.

*
* *

LE SIGNE DU BRASSARD OSCILLOMETRIQUE

Nous avons opposé rapidement le tableau clinique de la névralgie sciatique à celui de l'oblitération artérielle des membres inférieurs en insistant sur les traits communs aux deux affections et sur les éléments symptomatiques qui les distinguent.

Avant de passer aux formes anormales, deuxième chapitre de notre travail, nous voulons insister à nouveau sur la valeur de la palpation et du sphygmomètre de Pachon dans l'orientation du diagnostic.

Dans les oblitérations artérielles, la palpation des artères peut être douloureuse mais le plus souvent elle est indolore ; les muscles ne sont douloureux que lors des crises de claudication ; dans l'intervalle, aucune souffrance musculaire n'est réveillée par le palper.

Dans la névralgie sciatique, la palpation des troncs nerveux est douloureuse, et c'est sur cette remarque bien connue que repose la recherche des points de VALLEIX.

Avec l'oscillométrie, nous avons un moyen d'explorer la perméabilité artérielle et de localiser le plus souvent le siège et l'étendue de l'oblitération ; sa grande valeur diagnostique dans les affections oblitératives n'est plus à démontrer.

A côté des renseignements fournis par la palpation et par l'oscillométrie, nous nous permettons, sur les conseils de notre Maître M. le Professeur Agrégé M. AUDIER, d'attirer l'attention sur les indications apportées par la compression du membre inférieur lors de la pose et du gonflement du brassard oscillométrique.

Dans la névralgie sciatique, M. le D^r M. AUDIER nous a fait constater que le gonflement du brassard provoquait une douleur accusée par le malade. Au contraire, dans les cas d'oblitération artérielle, cette manœuvre n'entraîne aucune réaction douloureuse même lorsque la palpation de l'artère supposée malade est pénible.

Devons-nous attribuer ceci à la compression progressive et mieux répartie exercée par le brassard ? Nous ne pouvons répondre à cette question — mais le fait est là.

Ce « signe du brassard oscillométrique » que nous avons constaté sur de nombreux malades de l'Hôtel-Dieu, aux Consultations Externes du D^r M. AUDIER, et que nous mentionnons dans une série d'observations, nous paraît devoir rendre de réels services par sa valeur différentielle dans le diagnostic des sciaticques et des oblitérations artérielles des membres inférieurs au stade de début.

*
* *

LES RECHERCHES COMPLEMENTAIRES

On complètera l'examen clinique par diverses recherches.

Dans les *sciaticques* : On pratiquera les examens sanguins habituels et une ponction lombaire qui montrera parfois l'existence d'un blocage par la manœuvre de QUECKENSTED et qui permettra d'étudier les caractères chimiques, cytologiques et biologiques du L. C. R. Une radiographie du rachis lombo-sacré sera souvent indispensable. Les troubles des réactions électriques pourront être recherchés.

Dans les *oblitérations artérielles des membres inférieurs* : On a proposé de nombreux procédés d'exploration du système artériel. Déjà, l'oscillométrie nous renseigne sur le siège de l'obstacle lorsque celui-ci est localisé. On étudiera le BW, la cholestérolinémie, l'azotémie, la glycémie, souvent élevées chez ces malades. Ajoutons le test proposé par ALDRICH et MAC CLURE.

Comme toujours, après avoir scruté les antécédents du malade, on pratiquera un examen général qui permettra le plus souvent d'orienter le diagnostic.

CHAPITRE II

FORMES ANORMALES

Dans les cas typiques, qui hâtons-nous de le dire, sont nombreux, le diagnostic différentiel entre les névralgies sciatiques et les oblitérations artérielles des membres inférieurs est le plus souvent aisé.

Mais à côté de ces formes où la clinique réalise d'une façon plus ou moins pure le tableau classique, on peut rencontrer des formes qui, par intrication symptomatique suffisamment marquée, rendent difficile la différenciation entre les deux affections.

Nous rangeons ces formes inhabituelles, que des travaux récents en particulier ceux de LERICHE ont cherché à caractériser, sous le titre de formes anormales.

Nous consacrons à leur étude le chapitre II de notre travail.

Nous étudierons successivement :

- 1° *Sciatiques à symptomatologie vasculaire « trompeuse » ;*
- 2° *Oblitérations artérielles à manifestations sciatalgiques.*

*
* *

SCIATIQUES A SYMPTOMATOLOGIE VASCULAIRE « TROMPEUSE »

En juin 1930, dans son Rapport sur les Sciatiques (*Revue Neurologique*), le P^r H. ROGER décrit avec les

syndromes moteur, sensitif et humoral, un ensemble de troubles vaso-moteurs, thermiques et sudoraux, qu'il groupe sous le titre de syndrome sympathique.

Au cours des névralgies sciatiques, nous pouvons observer parmi les troubles vaso-moteurs une pâleur des téguments au niveau du membre douloureux, mais ce trouble est exceptionnel et lorsqu'il existe son importance est loin d'atteindre celle des affections oblitératives. De même, un membre sciatalgique peut présenter de la cyanose, elle sera localisée le plus fréquemment au pied et son degré sera toujours léger.

Parmi les troubles thermiques, on note souvent, selon BARRÉ, une diminution de la température locale, diminution qui aurait par sa fréquence une grande valeur séméiologique. Ce trouble n'est pas ressenti par le malade et est loin des cas où celui-ci « n'arrive pas à réchauffer son membre » ; il répond en outre à des sièges d'élection nettement déterminés (plante du pied et moitié inférieure de la face externe de la jambe).

Enfin, dans certaines sciatiques anciennes, on peut constater une diminution de l'indice oscillométrique. Cette diminution ne s'accompagne alors d'aucune manifestation, tant à la palpation des artères qu'à la prise de la tension artérielle locale, seul le sphygmomanomètre de PACHON est susceptible de la déceler.

En conclusion, nous voyons que dans la majorité des cas, ces manifestations d'allure continue sont de faible importance, contrastant ainsi avec les phénomènes sympathiques rencontrés au cours des oblitérations artérielles des membres inférieurs.

Cependant, nous avons pu recueillir grâce à l'obligeance de M. le Docteur M. AUDIER, une série d'observations de sciatiques où ces troubles par leur précocité et leur intensité occupent le premier plan du tableau clinique, prenant ainsi le masque d'une atteinte vasculaire véritable :

OBSERVATION N° I

(Malade de l'Hôtel-Dieu. Consultations externes du D^r M. AUDIER)

M^{me} Bar..., 56 ans, est envoyée par son médecin à l'Hôtel-Dieu. Consultations externes du docteur M. AUDIER pour cyanose et refroidissement du membre inférieur droit avec possibilité d'artérite.

La malade se plaint depuis plusieurs mois de douleurs siègeant à la face postérieure de la cuisse. Les traitements antalgiques locaux, les médications iodées et sulfureuses n'ont donné aucun résultat.

Examen. — On note un refroidissement net avec une cyanose légère du pied droit et des 2/3 inf. de la jambe droite. On perçoit très nettement les battements des pédieuses de chaque côté.

La recherche du signe de Lasègue est positive. Il existe en outre des points douloureux sciatiques à la fesse et à la cuisse.

Les I. O. sont égaux des deux côtés, mais le gonflement du brassard provoque une réaction douloureuse nette au mollet droit, alors qu'il est parfaitement supporté à gauche.

On élimine le diagnostic d'artérite pour celui de névralgie sciatique.

Un examen radiologique de la région lombo-sacrée montre, en dehors d'une sacralisation de L5, des lésions rhumatismales importantes des vertèbres lombaires.

On prescrit un traitement radiothérapique à la suite duquel la malade est améliorée.

*
* *

OBSERVATION N° II

(Malade du Docteur M. AUDIER)

Malade âgé de 45 ans, vu en consultation à son domicile pour douleurs intenses du membre inférieur droit avec prédominance au mollet ; refroidissement marqué du pied.

Ce malade est présenté par son médecin traitant comme atteint d'artérite.

En effet, ce qui avait frappé notre confrère c'est que cette douleur était particulièrement nette à la marche et qu'elle avait empêché depuis quelque temps toute sortie du malade ; cette douleur était réveillée par la marche à l'intérieur de la maison.

Il s'agissait d'un sujet robuste, très actif, mais actuellement amaigri et ayant énormément souffert du froid et de l'humidité durant six mois pour des raisons que nous n'avons pas à exposer ici.

Examen. — Le pied droit est incontestablement plus froid que le gauche et très légèrement cyanosé. Le malade dit « qu'il n'arrive pas à le réchauffer » ; il n'existe pas d'amyotrophie évidente, pas de modification de la réflectivité, mais un signe de Lasègue très nettement positif à 45° et des points douloureux sur les trajets des sciatique poplitée externe et Grd. sciatique.

On applique le brassard du sphgmomanomètre de Pachon aux deux mollets : le gonflement du brassard est très douloureux à droite, les I. O. sont normaux.

Le diagnostic de névralgie sciatique s'impose.

Un complément d'interrogatoire nous permet de fixer que la douleur existe soit au début, soit à la fin d'une marche de courte durée ; que cette douleur est particulièrement nette lorsque le malade s'assoit ou encore lorsqu'il est allongé dans son lit. Chacune de ces modalités étant plus en faveur d'une algie sciatique que d'une algie artérielle.

Ainsi, au cours de certaines névralgies sciatiques, nous pouvons observer une cyanose intense et un refroidissement tel que le malade « n'arrive pas à réchauffer son membre douloureux ». En outre, nous voyons que l'importance de cette symptomatologie d'allure vasculaire peut être si grande qu'elle est susceptible, dans certains cas, d'empreindre le tableau clinique au point d'entraîner soit une erreur de diagnostic, soit une hésitation sur la nature de l'affection.

*
**

^OBSERVATION N° III

(Nous remercions respectueusement M. le Professeur ROGER qui nous a permis d'utiliser cette observation provenant de la clinique neurologique de Marseille. Nous n'en donnons qu'un résumé).

M. Bac... Léon, 28 ans, garçon de bar, vient consulter le 2 août 1936 pour douleurs dans le membre inférieur droit.

Histoire de la maladie. — Le 4 août 1935, le sujet est interrompu dans son travail par une douleur brutale, très aiguë, à type de morsure profonde, siégeant au niveau du mollet droit et ne présentant aucune irradiation. La souffrance rend la marche

impossible et n'est atténuée que par le repos allongé et la chaleur du lit. Le malade consulte plusieurs médecins et suit différents traitements (novar, cyanure, francalcium...). Les douleurs ne sont qu'atténuées par les analgésiques. Le malade part pour la campagne ; une radiographie de la région lombo-sacrée n'avait rien révélé d'anormal.

Le 2 août 1936, la jambe est toujours douloureuse, les douleurs à type de constriction sont intenses au niveau du mollet, elles ne sont pas augmentées par la marche, mais elles s'irradient dans tout le membre. En position assise ou au lit, les deux jambes fléchies, leur atténuation rend le sommeil possible. Le malade n'a jamais eu de sensation de froid, ni d'engourdissement, ni de cyanose au niveau du membre douloureux.

Antécédents. — Rien à signaler.

Examen. — Boiterie marquée de la jambe droite, pas d'attitude hanchée. Membres inférieurs : position gynécologique : normale, force égale et conservée ; les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux ; cutané plantaire : silence bilatéral. La manœuvre de Lasègue est douloureuse à 30° à droite et à 45° à gauche. Pas de points sciatiques douloureux. La sensibilité est normale. La recherche des oscillations révèle : M. I. D. : quelques oscillations apparaissant à 10 pour disparaître à 8 ; M. I. G. : légères oscillations à 9 disparaissant à 8.

L'examen des autres appareils ne révèle rien d'anormal.

Examens sanguins : normaux ; examen du L. C. R. : T = 11-8 ; cytologie : 1 élément ; albumine : 0,50 ; BW : négatif.

Examen radiographique de la région lombo-sacrée : la dernière pièce de la colonne vertébrale est complètement soudée d'un côté au sacrum, alors que l'autre apophyse transverse est libre ; il y a sacralisation partielle.

Traitement : naïodine IM et acécoline.

Le 21 octobre 1936, le malade sort nettement amélioré et apte au travail.

Cette observation est un exemple frappant des troubles oscillométriques pouvant être rencontrés au cours de l'évolution de certaines névralgies sciatiques. Elle met en évidence toute la valeur de la méthode radiographique dans la détermination du diagnostic.

La claudication intermittente, mise à part celle de DEJERINE, est un symptôme artériel typique des affec-

tions oblitératives. Cependant, la névralgie sciatique pourrait, dans certains cas, se manifester par un syndrome présentant les mêmes caractères et le même rythme :

OBSERVATION N° IV

(Malade de l'Hôtel-Dieu. Consultations externes du D^r M. AUDIER)

M. Har..., 58 ans, représentant de commerce, nous est adressé par un confrère pour claudication intermittente du membre inférieur droit.

En effet, le malade ressent au cours de la marche une crampe douloureuse du mollet et du cou-de-pied droits. Cette crampe survient après une fatigue de 400 à 500 mètres.

L'interrogatoire nous permet de mettre en évidence, en dehors de ces douleurs déterminant une claudication, des douleurs nocturnes au niveau du mollet et de la face postérieure de la cuisse qui empêchent souvent le malade de dormir.

L'existence de ces douleurs oriente le diagnostic vers une névralgie sciatique.

L'examen du pied droit et de la jambe droite ne montre aucune modification de la coloration ou de la température locale. La pédieuse bat normalement, ainsi que la fémorale : les IO sont égaux des deux côtés; seul le gonflement du brassard du côté droit amène une réaction douloureuse au niveau du mollet ; enfin, le signe de Lasègue est positif, le réflexe achilléen est plus ou moins diminué à droite.

On prescrit un traitement physiothérapique. Les douleurs sciatiques disparaissent.

Ainsi dans ce cas, à côté des douleurs nocturnes du type névralgique sans troubles vaso-moteurs du pied, existait une claudication intermittente liée à une sciatique.

*
* *

OBSERVATION N° V

(Malade de l'Hôtel-Dieu. Consultations externes du D^r M. AUDIER)

Le 28 mai 1942, M^{me} San... Louise, 33 ans, couturière, vient consulter pour douleurs dans le membre inférieur droit.

Le début remonte à deux ans. La souffrance était alors localisée à la face postérieure de la cuisse et du mollet. Depuis cinq

mois elle est devenue plus intense, particulièrement au niveau de la face antéro-externe de la jambe. Les douleurs sont déclenchées par la marche après un parcours de 200 à 400 mètres. Elles débutent par une sensation de pesanteur, puis des fourmillements apparaissent et les douleurs obligent à l'arrêt. Avec le repos, surtout en position assise, tout rentre dans l'ordre. La station debout, même prolongée, n'est pas pénible.

L'examen du membre inférieur droit ne révèle aucune modification des téguments, aucune cyanose, aucune diminution de la température locale. Il n'existe pas d'amyotrophie. La manœuvre de Lasègue provoque une violente douleur à 45° et l'on note des points douloureux sur le trajet du sciatique. Les réflexes sont normaux. L'exploration de la sensibilité décele une hypoesthésie au niveau de la face antéro-interne de la jambe. Les indices oscillométriques sont égaux des deux côtés, mais le gonflement du brassard est douloureux au mollet droit.

Nous rapprochons cette observation de la précédente où un syndrome de claudication intermittente accompagnait également une sciatique véritable.

L'existence de ces phénomènes anormaux accompagnant certaines sciatiques n'est pas pour nous surprendre étant donnée la constitution du nerf, mélange de fibres cérébro-spinales et de filets sympathiques. Cependant, dans certains cas de névralgie sciatique, ils peuvent se manifester avec une telle intensité, que la confusion avec une affection artérielle est alors possible. Aussi est-ce pour cette raison que nous avons groupé ces formes sous le titre de sciatiques à symptomatologie vasculaire trompeuse.

*
* *

OBLITERATIONS ARTERIELLES A MANIFESTATIONS SCIATALGIQUES

Dans ce paragraphe, nous nous proposons d'étudier successivement :

- *Embolies artérielles à début sciatique ;*
- *Artérites avec douleur sciatique ;*
- *Névrites sciatiques ischémiques par accidents thérapeutiques.*

Embolies artérielles à début sciatique.

L'embolie artérielle des membres inférieurs est une de ces affections qui s'expriment le plus fréquemment par un tableau clinique dont la rigueur et la netteté constituent des facteurs primordiaux dans l'orientation du diagnostic.

En effet, chez un sujet porteur d'une cardiopathie, l'apparition soudaine d'une douleur « déchirante », très intense, nettement localisée à un segment de membre et ne présentant tout au moins au début aucune tendance à s'irradier, constitue avec les conséquences de l'ischémie un ensemble symptomatique qui, de prime abord, ne saurait prêter à confusion.

Cependant, dans certains cas, ce tableau clinique peut, à la phase initiale, présenter des modalités pouvant égarer le diagnostic. Nous voulons parler de ces oblitérations anatomiques brutales où l'intensité des phénomènes nerveux est telle qu'une sciatalgie peut dominer la scène clinique primant momentanément sur la symptomatologie vasculaire.

Le début est le plus souvent brutal, une douleur violente, en « coup de fouet » et nettement localisée surprend le sujet dans ses occupations. Cette douleur est si intense qu'elle rend impossible tout effort musculaire et qu'elle empêche souvent le sommeil. Le membre est lourd ; aucun signe de la série vasculaire (pas de cyanose, pas de refroidissement, pas de fourmillement, pas de modification dans la teinte des téguments...).

D'abord localisée, la douleur s'irradie rapidement le long de la face postérieure de la cuisse et du mollet. Le

membre est très difficilement mobilisable, la douleur est trop intense.

L'examen montre alors suivant la disposition de l'algie un ensemble de points où la pression réveille une douleur atroce. Ces points semblent répondre à ceux de VALLEIX. La manœuvre de LASÈGUE est positive. Est-ce un LASÈGUE véritable, est-ce un LASÈGUE « vasculaire » ? A côté d'un point douloureux médio-plantaire, le réflexe rotulien, normal, contraste avec l'achilléen diminué ou le plus souvent aboli — le pied est fréquemment en varus équin.

Ce n'est qu'au bout d'un temps plus ou moins variable pouvant aller jusqu'à neuf jours (observation n° viii) que succédant à la période du diagnostic hésitant, les signes de l'oblitération artérielle s'installent. Mais la sciatalgie persiste. Elle demeurera aussi intense jusqu'à l'intervention qui la fera le plus souvent définitivement disparaître (observation n° vi).

Ce début sciatalgique rencontré dans certaines embolies artérielles, nous le retrouvons dans les observations qui suivent :

OBSERVATION N° VI

(Nous remercions MM. les Docteurs BONNAL et TURRIES qui nous ont permis de disposer de cette observation)

M^{me} Mel... Marie, 77 ans, entre le 13 novembre 1940 à l'hôpital Salvator, envoyée par son médecin avec le diagnostic de « sciatique gauche ».

La malade était alitée depuis 8 jours pour « bronchite » avec dyspnée, toux et expectoration, lorsque le 13 novembre au matin elle ressent une douleur violente et brutale au niveau de la fesse gauche. D'abord localisée, la douleur s'irradie rapidement le long de la face postérieure de la cuisse et du mollet.

La malade ne peut que très difficilement mobiliser son membre gauche, qui très douloureux lui paraît être en « caoutchouc ».

Les douleurs qui sont à type de brûlure au niveau de la cuisse et du mollet, sont lancinantes au niveau de la fesse et présentent par moments des paroxysmes.

La patiente a constaté que depuis le début de ses douleurs son membre est froid et qu'elle n'arrive pas à le réchauffer.

Elle accuse en outre de la dyspnée de décubitus, de la toux et de l'expectoration.

Antécédents : Bronchite chronique, broncho-pneumonie en 1934. Mari en bonne santé. Trois enfants bien portants.

Examen. — Température : 37°7. Pouls : 120.

M. I. gauche :

Inspection : Membre décoloré, non augmenté de volume, pied en varus équin., variceg.

Palpation : Pied gauche plus froid que le droit.

La manœuvre de Lasègue est douloureuse à 45°, non douloureuse à droite. La pression est douloureuse le long du trajet du sciatique au niveau de la fesse, de la cuisse et du mollet. Point douloureux médio-plantaire.

Réflexes : Rotulien : normal ; achilléen : aboli à gauche. On note une hypotonie du pied gauche à l'épreuve du ballotement.

App. cardio-vasculaire : TA : 12,5-7-5. Tachycardie.

App. pulmonaire : Matité de la base G., S. tubaire. Râles humides. Une radio pulmonaire montre : bloc de condensation pleuro-pulmonaire au niveau de la base G. ; hypertrophie du ventricule gauche sans modification du cœur droit.

Le 13 novembre, une injection épidurale de 20 cc. de sérum novocaïné calme transitoirement la sciatalgie.

Le 14 novembre, la face dorsale du pied gauche présente une tache lie de vin, le pied et le tiers inférieur de la jambe sont livides et froids. Les battements des pédieuse, poplitée, fémorale, ne sont pas perçus, seule l'iliaque externe est perçue.

Indices oscillométriques : aux trois segments du M. I. D., l'IO. varie entre 4 et 5. A gauche : absent.

A 14 heures, injection de 20 cc. de sérum novocaïné dans la région du plexus sympathique lombaire gauche : aucun résultat.

Le 15 novembre, la tache lie de vin occupe tout le dos du pied, absence de battements et d'oscillations.

Après avis de M. le Professeur R. POINSO, l'intervention est pratiquée immédiatement par M. le Dr BONNAL, sous anesthésie locale. Protocole opératoire : incision du canal crural ; l'A. fémorale ne bat pas. Incision de l'artère sur 1 cm. L'expression digitale des segments S et S/S-jacents provoque l'expulsion d'un embol. La perméabilité artérielle ne semble pas rétablie, on

exprime à nouveau le segment S/jacent qui ramène un caillot. Le sang jaillit avec force. On pratique la suture de l'artère. Reformation probable du caillot. On pratique une artériectomie.

Le 16 novembre, le membre gauche est dans le même état que la veille, mais la sciatalgie a définitivement disparu.

Le 2 janvier 1941, la malade qui avait ébauché des complications pulmonaires succombe.

*
* *

OBSERVATION N° VII

(D. OLMER, AUDIER, BUISSON, PAILLAS)

Société de Médecine de Marseille, Mai 1935

Le 18 novembre 1934, M^{me} Mil..., épouse Marc..., 36 ans, entre à terme à la clinique obstétricale. C'est sa quatrième grossesse. La rupture des membres remonte alors à trois jours. Le fœtus est extrait par basiotripsie.

Le 6 décembre, la malade regagne son domicile.

Le 16 décembre, M^{me} Mil... constate que sa température oscille entre 37° et 39° ; elle attendra jusqu'au 25 décembre où un médecin appelé diagnostique une septicémie post-puerpérale ; ce n'est que le 3 février que la malade est hospitalisée à l'Hôtel-Dieu.

Le diagnostic de septicémie post-puerpérale est confirmé. Le 9 février, à 10 h. 15, une transfusion sanguine de 140 cc. est pratiquée ; à 11 heures, la malade ressent une violente douleur dans la jambe droite ; la douleur est atroce, à type de crampe, et est localisée à la cuisse et au mollet ; à cette souffrance s'ajoute bientôt la sensation de jambe morte ; la mobilisation active est impossible, la manœuvre de Lasègue est douloureuse à 90° à gauche et à 45° à droite ; les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis à droite. L'exploration de la sensibilité superficielle révèle une anesthésie complète du pied et du tiers inférieur de la jambe. Les battements de la pédieuse et de la fémorale ne sont perçus qu'à gauche. L'IO est de 2 à gauche et nul à droite.

A 13 heures, le traitement institué (acécoline) n'ayant donné aucune amélioration, on décide d'intervenir (D^r DE VERNEJOUL).

L'incision de la fémorale au niveau du triangle de Scarpa extériorise un embol.

A 15 heures, le membre s'est légèrement réchauffé, le pied demeure froid, les oscillations ne sont pas perçues, la sciatalgie a disparu.

L'auscultation de l'appareil cardiaque, jusqu'alors normal, révèle l'existence d'une endocardite.

Le 11 février, un placard violacé envahit le pied et les deux tiers inférieurs de la jambe. Des complications apparaissent. La malade succombe le 21 février.

*
* *

OBSERVATION N° VIII

(D^r M. AUDIER, in *Progrès Médical*, Mars 1937)

M. Sen..., 26 ans, manœuvre, entre à l'Hôtel-Dieu le 11 novembre 1934 pour douleurs dans les membres inférieurs.

Histoire de la maladie :

Le 2 novembre, le malade se rendait à son travail lorsque en descendant l'escalier de son domicile, il ressent une violente douleur en coup de fouet dans le mollet droit. Cette douleur est tellement intense, accentuée par la marche, qu'il est obligé de renoncer à aller travailler et va se recoucher. Il se lève dans la journée et, bien qu'il souffre terriblement du mollet, va jusqu'au restaurant.

La nuit suivante, la douleur intense empêche le sommeil.

Le lendemain, les phénomènes douloureux ne sont pas modifiés ; bien que sa jambe soit lourde, le malade va travailler, mais il est obligé de retourner chez lui dans l'après-midi.

Le 3 novembre il va consulter un médecin qui porte le diagnostic de « sciatique » et lui ordonne un traitement antalgique. Les douleurs persistent malgré cette thérapeutique : elles sont continues mais exagérées par la marche et le décubitus dorsal nocturne. Malgré ce, le malade essaie de marcher, mais il est arrêté au bout de quelques mètres par une douleur crampoïde du mollet.

Mais son pied et sa jambe n'auraient présenté ni cyanose, ni refroidissement.

Il ne ressent aucun symptôme anormal dans le membre inférieur gauche.

La veille de son entrée à l'hôpital apparaissent des fourmillements dans le pied droit ; quant à la douleur, elle est localisée

au mollet et à la face antéro-interne de la jambe. Mais de plus, est apparue une douleur crurale qui s'irradie à la face interne de la cuisse. La marche est toujours possible.

Avant l'apparition de l'affection actuelle et pendant son évolution, le malade ne ressentit aucun trouble fonctionnel cardiaque : ni dyspnée, ni palpitations ; il n'eut pas de frissons ou de sueurs profuses pouvant témoigner d'un accès fébrile, pas de céphalée, et seule l'intensité des phénomènes douloureux retentissait sur son état général et empêchait le sommeil ; son appétit était conservé.

Examen. — A son entrée à l'hôpital, on est en présence d'un malade de teint anémique avec pommettes rouges ; il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs. La température : normale.

Le membre inférieur droit est légèrement cyanotique, le pied étant de teinte plus pâle. On ne sent pas les battements de la pédieuse et de la poplitée à droite ; par contre, les battements de la fémorale existent.

Le membre inférieur gauche est d'aspect normal, les battements artériels y sont perçus.

On prescrit : Acécoline 20 cgr.

Le 12 novembre, alors que le tiers inférieur est cyanosé, les orteils sont livides. Le pied reste chaud ; en position déclive, il devient rouge violacé ; à la palpation, le mollet droit douloureux est plus dur que le gauche. Il n'existe pas de point douloureux sciatique. La recherche des battements artériels est complètement négative des deux côtés sur le trajet de la pédieuse, de la poplitée et de la fémorale. La recherche de l'indice oscillométrique est aussi négative des deux côtés à la jambe et à la cuisse ; par contre, on a une tension de 15,9, indice 4, au bras gauche ; 15,8, indice 7, au bras droit.

A l'examen du cœur on constate que la pointe abaissée dans le sixième espace intercostal gauche est déviée vers l'aisselle ; on sent un frémissement cataire très net à ce niveau. L'auscultation décèle l'existence d'un rythme à trois temps par dédoublement du deuxième bruit et d'un souffle systolique apical. Le pouls est faible et irrégulier.

Le foie déborde le rebord costal de trois travers de doigt, il n'est pas très douloureux, mais il existe du reflux hépato-jugulaire.

La rate, percevable sur trois travers de doigt, n'est pas palpable.

Aucun signe anormal à l'examen de l'appareil pulmonaire, aucun signe neurologique.

La douleur toujours intense existe maintenant à la face interne de la cuisse et au mollet gauche. Le malade ressent des fourmillements dans les deux pieds.

Le diagnostic d'embolie de la bifurcation aortique étant posé, on décide l'intervention (Docteur DE VERNEJOL). Après ablation du caillot, les oscillations artérielles sont nettement perçues à la jambe gauche où l'on obtient les chiffres suivants : 15/10, indice 3 ; à la droite, quelques oscillations de faible amplitude dont l'origine circulatoire est douteuse.

Le 13 novembre, à 2 heures du matin, syncope mortelle.

L'autopsie devait montrer la présence d'un volumineux caillot bifurqué occupant l'origine des iliaques primitives et la terminaison de l'aorte ; le cœur présentait des lésions typiques d'endocardite mitrale avec rétrécissement de l'orifice et dilatation de l'oreillette gauche.

Chez ce malade, le début de l'oblitération est peu classique et se rattache aux formes progressives signalées par CASSAET, L. RAMOND et LANGERON. La pseudo-sciatalgie, par son intensité, a dominé durant 9 jours le tableau symptomatique faussant ainsi la nature de l'affection.

Malgré les altérations que peut subir le tableau classique, le diagnostic d'oblitération artérielle à début sciatalgique est le plus souvent aisé. Cependant, dans certains cas, le diagnostic précoce présente de réelles difficultés et l'hésitation peut être possible avec les sciatiques vaso-motrices se compliquant de vaso-constriction périphérique.

*
* *

ARTERITES AVEC DOULEUR SCIATIQUE

Dans notre chapitre premier, nous avons opposé les caractères de la douleur dans la névralgie sciatique à ceux de la douleur dans les oblitérations artérielles des ML... Cependant, nous nous devons de signaler à côté de ces formes douloureuses, l'existence de cas mixtes rencontrés assez fréquemment en clinique au cours de l'évo-

lution de certaines artérites, notamment dans la thrombo-angéite oblitérante de Léo BUEGER. La souffrance se manifeste sous forme de douleurs continues à type névritique, prêtant souvent à confusion avec les névralgies sciatiques. Les symptômes douloureux vasculaires s'associent à des algies des troncs nerveux, l'irritation semblant porter à la fois sur les fibres de la sensibilité cutanée et sur les voies de la sensibilité vasculaire.

Nous avons pu trouver à la clinique neurologique de Marseille une observation bien démonstrative où une sciatalgie apparaît transitoirement au cours de l'évolution d'une artérite juvénile (nous n'en donnons qu'un résumé).

OBSERVATION N° IX

Le 17 septembre 1939, M. Di..., 39 ans, docker, vient consulter pour douleurs dans le membre inférieur gauche.

Le début de l'affection remonte au 23 septembre 1925. Le malade éprouvait alors au niveau de ces membres inférieurs des fourmillements rendant la marche impossible et des douleurs qui étaient augmentées par la chaleur de lit et déclanchées par tout effort musculaire ; ces douleurs étaient localisées à la face postérieure des cuisses, des jambes, et s'irradiaient dans les orteils. Dans la journée, le MIG. était froid et cyanosé.

Examiné à cette époque, on avait constaté l'absence de battements au niveau de la pédieuse gauche et des oscillations réduites à 1 au cou-de-pied gauche et à 3 à droite. L'épreuve du bain chaud avait confirmé l'existence d'une artérite. Les réflexes achilléens étaient normaux, les rotuliens étaient vifs.

Un traitement anti-S. institué avait amélioré le malade et lui avait permis de reprendre son métier. Depuis, le malade continuait de se faire traiter au dispensaire de vénérologie.

Actuellement, M. Di... vient consulter pour douleurs vives localisées au membre inférieur gauche. Ces douleurs sont disposées selon la topographie du N. sciatique, les fourmillements ont disparu.

L'examen du membre gauche révèle un Lasègue douloureux à 45°. La pression sur le trajet du nerf provoque une violente souffrance. On note un point médio-plantaire douloureux. Le

réflexe achilléen gauche est diminué, les réflexes rotuliens sont normaux. Le malade ne présente pas d'amyotrophie, la sensibilité est normale.

L'existence de cette sciatalgie apparaissant au cours de l'évolution d'une artérite juvénile nous montre la répercussion de la souffrance des vaisseaux artériels sur les troncs nerveux.

*
* *

NEVRITES SCIATIQUES ISCHEMIQUES PAR ACCIDENTS THERAPEUTIQUES

Au cours de ces dernières années, différents auteurs (J.-A. GAMMEL, RADOVICI et VISINEANO, H. ROGER, P. VIGNE, L. MATHIEU et GRANDPIERRE, A. OTEIZA SETIEN...) ont observé des malades chez lesquels des accidents thérapeutiques (piqûres IM. de quinine, de bismuth...) ont provoqué des sciaticques.

L'étude de ce syndrome neurologique entre dans le cadre de notre travail car à l'origine de ces manifestations sont des lésions vasculaires le plus souvent oblitératives qui entravent l'apport du sang soit dans le tronc, soit dans les branches du nerf.

Nous brosons un rapide tableau clinique de ces accidents, que nous faisons suivre d'un certain nombre d'observations puisées dans la littérature médicale, notamment parmi celles publiées par notre Maître le Professeur H. ROGER, et dans le Travail de son Elève A. CONDRoyer.

Cliniquement, nous observons des manifestations bruyantes se traduisant par un accident cutané local qui peut être suivi d'une atteinte du N. sciatique (le plus souvent Sciatique Poplité Ext.).

SYNDROME CUTANÉ LOCAL. — Bien synthétisé par BABALION (1931), il siège sur la région fessière et nous pouvons lui reconnaître les quatre aspects suivants :

— Exanthème embolique local de Freudental.

— Placard ecchymotique et phlycténulaire, type Jeanselme.

— Dermite livédoïde et gangréneuse de Nicolau.

— Gangrène profonde, type Barthélémy.

Le plus souvent tout s'en tient là. Cependant, une atteinte du sciatique peut s'ajouter au tableau clinique.

SYNDROME NEUROLOGIQUE. — Il se traduit par une atteinte sensitivo-motrice plus ou moins complète portant le plus souvent sur le sciatique poplité externe.

Troubles sensitifs. — Douleurs vives à début brutal, présentant des exacerbations en éclair, mal délimitées, « tout le membre est douloureux ». Cette douleur tendra à se localiser le long du trajet du N. sciatique (masse fessière et points de Valleix douloureux, signe de Lasègue nettement positif...). Elle subsistera durant 4 à 8 semaines pour se transformer en fourmillements ou en engourdissements conservant la même topographie.

A l'examen objectif on constate une anesthésie superficielle douloureuse prédominant à la face externe de la jambe et sur le dos du pied, une atteinte de la sensibilité profonde de l'articulation du pied et des orteils.

Troubles moteurs. — Ils vont de la simple sensation de faiblesse musculaire à la paralysie d'un groupe musculaire donné. L'impotence est accentuée par la douleur. Le pied est en varus équin et l'on observe une hypotonie dans le territoire du S. P. Ext. Enfin, dans la totalité des cas, on note une diminution ou une abolition des réflexes achilléen et médio-plantaire avec intégrité des réflexes péroniers et tibial sup.

Troubles vaso-moteurs et trophiques. — On remarque une vaso-dilatation artérielle, veineuse et capillaire se traduisant par une coloration rosée ou violacée des téguments, avec sensation de pied brûlant. On peut également observer une saillie considérable des troncs veineux et une amplitude exagérée des oscillations artérielles.

Ce n'est que plus tard qu'apparaîtra l'amyotrophie.

Nous rencontrons ces deux syndromes dans les observations suivantes :

OBSERVATION N° X

(H. ROGER et A. RAYBAUD, in *Marseille Médical*, 5 juin 1934)

M^{me} Dic..., 68 ans, pour des raisons cliniques que nous ne rappellerons pas ici, est soumise à un traitement anti-S d'épreuve : suspension huileuse d'hydroxyde de bismuth.

Un quart d'heure après la 10^e piqûre, faite à droite avec les précautions et la technique habituelles, la malade ressent une douleur atroce, très vive ; il lui semblait que la fesse gonflait, durcissait et qu'elle percevait des battements comme dans un abcès. Dans le courant de la nuit, elle a ressenti de vives douleurs sur le trajet du sciatique droit. Revue le lendemain, la fesse droite est tendue et fortement augmentée de volume. Toute la surface de la fesse est occupée par un lacis rouge lie de vin, constitué de taches arborescentes, en partie confluentes. Entre les mailles du réseau, la peau est saine ; une tache ovulaire grande comme une pièce de un franc environ siège au sommet du pli inter-fessier, plus foncée que les autres.

En même temps on constate une douleur sciatique spontanée et provoquée par la pression ou par l'élongation. Le réflexe achilléen est fortement diminué.

Les jours suivants, la lésion cutanée guérit par cicatrisation. La couleur, de rouge lie de vin est passée au violet, puis à une couleur bronzée qui demeurera étendue à toute la fesse. La fesse a repris son volume normal, mais la paralysie sciatique s'accroît progressivement durant environ une semaine, où elle atteint son maximum. A ce moment, la malade marche en traînant la jambe et en souffrant horriblement. Le pied est tombant, la motricité et la sensibilité sont entièrement abolies dans le domaine du sciatique.

Peu à peu, la récupération fonctionnelle s'ébauche, la sensibilité tactile revient petit à petit.

Cinq semaines après le début, le livédo de la fesse est typique. La douleur à la pression du nerf et à l'élongation est toujours vive, moins cependant que trois semaines auparavant ; par la manœuvre de Lasègue on ne dépasse pas un angle de 30° ; la sensibilité objective est difficile à rechercher en raison de la pusillanimité de la malade.

A l'hypoesthésie douloureuse en bande, allant de la racine du pied, occupant tout le territoire sensitif du N. sciatique, a succédé une hypoesthésie légère du bord externe du pied.

Selon les auteurs, « il y a eu en même temps irruption du liquide huileux dans une artère et éruption de sang hors de l'artère dans le tissu cellulaire de la fesse, expliquant facilement l'augmentation de volume de la fesse due à un véritable hématome ».

*
* *

OBSERVATION N° XI

(H. ROGER, P. VIGNE et DUSAN, in *Marseille Médical*, 15 juin 1934)

Chez un syphilitique ancien, déjà traité par le Muthanol, on observe à la 6^e piqûre d'une nouvelle série une dermite livédoïde post-bismuthique caractéristique et des douleurs très intenses irradiées le long de la face postérieure de la cuisse.

Le livédo rétrocede rapidement, mais à la suite s'installe une paralysie dans le domaine du sciatique.

Actuellement, paralysie presque complète du sciatique p. ext. avec réaction de dégénérescence totale des muscles de la loge int. et dégénérescence partielle des muscles de la loge postérieure.

*
* *

OBSERVATION N° XII

(L. MATHIEU et GRANDPIERRE, *Revue Médicale de l'Est*, janv. 1933)

Chez un homme de 58 ans, une injection intra-fessière de bismuth est suivie, quelques minutes après, de douleurs extrêmement vives qui immobilisent le malade.

Le cadran supéro-externe de la fesse se tuméfie et prend un aspect ecchymotique.

Les douleurs intolérables, empêchant tout repos, persistent pendant 48 heures. A ce moment on constate qu'il existe des douleurs irradiées dans la face post. de la cuisse et de la jambe, une impotence du pied droit et une anesthésie douloureuse limitée au territoire du sciatique.

L. MATHIEU et GRANDPIERRE ont posé le diagnostic d'embolie bismuthique de l'A. fessière, considérant la névrite sciatique comme une complication immédiate de l'embolie artérielle.

*
* *

OBSERVATION N° XIII

(J.-A. GAMMEL, *Arch. of dermatol.*, XVII, 1928)

A la suite d'une injection bismuthique pratiquée dans la « partie interne » de la fesse, on observe chez la malade une paralysie sévère du S. P. ext., associée à une dermite livédoïde de Nicolau et une gangrène de la vessie, du vagin et du rectum.

L'auteur admet que l'injection bismuthique pratiquée dans la « partie interne » de la fesse avait été poussée dans le tronc de l'A. ischiatique.

CHAPITRE III

ESSAI DE PATHOGENIE

Après un court rappel de l'anatomie et de la vascularisation du nerf sciatique, nous nous proposons dans cet essai de pathogénie d'expliquer le mécanisme de la symptomatologie vasculaire observée au cours de certaines sciaticques et des sciatalgies pouvant accompagner des cas d'oblitération artérielle des membres inférieurs.

*
* *

ANATOMIE ET VASCULARISATION DU NERF SCIATIQUE

ANATOMIE.

Origine. — Branche terminale du Plexus Sacré, il reçoit ses fibres de la branche antérieure de la cinquième Lombaire, ainsi qu'une anastomose de la quatrième Lombaire et des branches des premier, deuxième et troisième Nerfs Sacrés.

Trajet et divisions. — Le N. Sciatique sort du bassin par la Grande Echancrure Sciatique, gagne la fesse, la région postérieure de la cuisse et atteint le Creux Poplité où il se divise en ses deux branches terminales :

« Sciatique Poplitée Externe » et « Sciatique Poplitée Interne ».

Au cours de son trajet il a donné des branches importantes :

- Le N. Supérieur du Demi-Tendineux.
- Le N. de la Longue Portion du Biceps.
- Le N. Inférieur du Demi-Tendineux.
- Le N. du Demi-Membraneux.
- Le N. du Grand Adducteur.
- Le N. de la Courte Portion du Biceps.
- Le N. Articulaire du Genou.

Nerf Sciatique Poplitée Externe. — Du Creux Poplitée, il se porte en bas et en dehors, contourne le col du Péroné et s'engage dans l'insertion du Grand Péronier Latéral où il se divise en deux branches terminales : Nerf Musculo-Cutané et Nerf Tibial-Antérieur.

Il émet des collatérales dont les principales sont : un Rameau Articulaire du Genou ; le N. Accessoire du Saphène Externe ; le N. Cutané Péronier ; des Rameaux du Jambier Antérieur...

Nerf Sciatique Poplitée Interne. — Continuant la direction du Grand Sciatique, il s'enfonce en avant des Jumeaux, passe sous l'Arcade du Soléaire et prend le nom de N. Tibial Supérieur. Chemin faisant il donne des branches : Rameaux Musculaires pour les muscles Jumeaux, Soléaire, Plantaire Grêle et Poplitée ; un Rameau articulaire post. du genou et le N. Saphène Externe.

VASCULARISATION.

A la suite des travaux de QUÉNU et LÉJARS, BROCC, BARTHOLDY, L. CORNIL, le mode de vascularisation du Nerf Sciatique a été mis au point par la Méthode Radiographique (DIEULAFÉ, BLEICHER, F. MATHIEU, Michel SALMON...).

Les artères du N. Sciatique proviennent des A. Fessière et Ischiatique issues de l'A. Iliaque Interne et des A. Circonflexe Interne et Perforantes issues de la Fémorale Profonde.

DISTRIBUTION.

1° *Branche Sciatique de l'A. Fessière.* — Elle se détache de l'A. Fessière au niveau de la Grande Echancrure Sciatique pour aborder tangentiellement le nerf par sa face antérieure. A l'intérieur du nerf, elle s'anastomose avec 1 ou 2 rameaux de l'Ischiatique. Chemin faisant elle distribue de nombreux rameaux à la partie supérieure du nerf sur une hauteur de 2 cm.

2° *Branches Sciatiques de l'A. Ischiatique.* — Au nombre de 2 à 4, dont une plus volumineuse : l'Artère du Nerf Sciatique, ces branches abordent obliquement le nerf par son bord int. ou par sa face post.

L'A. du N. Sciatique donne des rameaux ascendants s'anastomosant avec les rameaux terminaux de la branche fessière intra-nerveuse et 1 à 3 rameaux descendants se terminant par inosculation avec les rameaux ascendants de la Circonflexe Int.

3° *Branches Sciatiques de l'A. Circonflexe Interne et des Artères Perforantes.*

Les A. Circonflexe In. et Perforantes envoient des branches horizontales qui pénètrent le nerf soit par son bord int., soit par les faces ant. et post. A l'intérieur du nerf, elles se divisent en branches ascendantes et descendantes qui s'anastomosent à plein canal avec les rameaux descendants et ascendants des artères sus et sous-jacentes.

Les A. Ischiatique, Circonflexe Interne et Perforantes s'envoient à distance du tronc nerveux des anastomoses importantes dont semble exclue l'A. Fessière. Ces anastomoses constituent les « Arcades Principales » de

BROCQ, HEYMANN, MOUCHET.

La méthode radiographique nous montre que le Nerf Sciatique considéré avec sa gaine est vascularisé par six artères principales s'anastomosant les unes aux autres à l'intérieur de l'organe et formant un réseau ininterrompu.

Dépouillé de sa gaine, le nerf présente un réseau artériel sensiblement identique. Ce réseau appartient donc au nerf lui-même et non à son atmosphère celluleuse. Le réseau artériel est intra-nerveux et non péri-nerveux.

Ainsi, loin d'avoir une artère centrale, le Nerf Sciatique est un réseau artériel continu, réparti sur toute la hauteur du tronc nerveux et alimenté par six sources. L'ensemble constitue un « pont vasculaire » entre l'A. Hypogastrique et l'A. Fémorale.

En conclusion, les nombreuses sources artérielles, la disposition anastomotique de ses artères font du Nerf Sciatique un nerf richement vascularisé.

LES VEINES DU N. SCIATIQUE.

Elles forment un réseau de distribution comparable au réseau artériel.

Le réseau intra-nerveux, constitué par des anastomoses entre les veinules, est à mailles larges et allongées, d'où partent des collecteurs constituant à la périphérie du nerf un réseau beaucoup plus important. Ce réseau périphérique est formé par deux ou trois troncs occupant les bords int. et ext. du nerf. Ils sont reliés entre eux par de nombreuses anastomoses sur la face ant. ou post. du nerf.

Ces troncs se réunissent en un seul au voisinage des Jumeaux pour se jeter dans la veine Ischiatique.

Notons que le réseau veineux péri-nerveux s'anastomose largement avec les V. Circonflexe Int. et Perforantes.

Les veines Fessière et Ischiatique s'anastomosant calquent le réseau veineux sur le réseau artériel du nerf sciatique. Aussi le réseau veineux forme-t-il un pont entre les veines Fémorale et Hypogastrique.

*
* *

ESSAI DE PATHOGENIE

Dans cet Essai de Pathogénie, nous envisagerons successivement :

1° Sciatiques à Symptomatologie Vasculaire « Trompeuse ».

2° Oblitérations Artérielles à Manifestations Sciatalgiques.

1° *Sciatiques à symptomatologie vasculaire « trompeuse ».*

L'existence de cellules sympathiques ganglionnaires dans la paroi des vaisseaux étant exceptionnelle, c'est par des fibres nerveuses issues des ganglions latéro-vertébraux que se fait la vaso-constriction des artères et des artérioles, des veines et des veinules, ainsi que des capillaires.

Ces fibres empruntent le trajet des nerfs mixtes.

Le N. Sciatique, nerf sensitivo-moteur, contient donc mêlés aux fibres cérébro-spinales des filets sympathiques.

Aussi les altérations du N. Sciatique sont-elles susceptibles d'entraîner de la vaso-constriction. En effet, au point de vue expérimental, ceci nous est prouvé par la

V. C. résultant de l'excitation périphérique du nerf sectionné. L'existence de ces spasmes vasculaires consécutifs à certaines Sciatiques nous est confirmée par les heureux résultats obtenus par LERICHE, en agissant sur la vaso-motricité des membres inf. (novocaïnisation du Sympathique Lombaire, acécoline...). Enfin, en clinique, ces troubles vaso-moteurs sont bien connus, mais ils sont d'ordinaire de faible importance; cependant, dans certains cas leur intensité est telle qu'ils peuvent donner à la Sciatique une allure vasculaire (Observations N^{os} I et II).

Le mécanisme de cette symptomatologie vasculaire accompagnant les Sciatiques peut être déterminé soit par l'excitation directe des fibres vaso-constrictrices par les lésions du N. Sciatique (en leur attribuant la même capacité « irritative » que le Névrase), soit par l'excitation des fibres sensibles qui déclenchent un réflexe Vaso-Constricteur.

Etant donnée la constitution du N. Sciatique, mélange de fibres cérébro-spinales et de fibres végétatives, la production de phénomènes vaso-moteurs « anormaux » n'a donc rien d'étonnant et nous permet d'interpréter les Sciatiques à symptomatologie vasculaire et peut-être d'attribuer une pathogénie nerveuse à certains cas de claudication intermittente.

2° *Oblitérations Artérielles à manifestations sciatalgiques.*

Depuis longtemps on a souligné les altérations des nerfs au cours des Oblitérations Artérielles des membres.

Dès 1856, on avait parlé de Névrite ou de Paralysie Vasculaire. A cette époque, PORTA aurait recueilli des observations de paralysies consécutives à la ligature des grosses artères des membres (A. Iliaque Ext., A. Fémorale...).

C'est à l'insuffisance de la circulation et de la nutrition que BROCA attribuait ces accidents.

PATNY et MANNKOFF attribuent à l'Ischémie une paralysie succédant à une oblitération aiguë de l'A. Fémorale.

JOFFROY et ACHARD décrivent des syndromes douloureux avec paralysie par Névrite parenchymateuse et interstitielle, qu'ils rattachent à des oblitérations des A. Nourricières des troncs nerveux.

DUTIL et LAMY signalent chez un malade atteint d'artérite des altérations des troncs nerveux.

LAPINSKY, chez 8 malades atteints d'endartérite fémorale, retrouve des signes nerveux et des altérations des nerfs.

DUHOT mentionne des polynévrites périphériques survenues après de grandes hémorragies.

Pierre MARIE a montré la coexistence de lésions nerveuses avec des lésions vasculaires.

DESPLATS, BAILLET, BUQUET ont décrit des syndromes nerveux accompagnés de RD. secondaires soit à une ligature chirurgicale, soit à une artérite des vaisseaux nourriciers du nerf.

BURROW a apporté une série d'observations de Névrites Ischémiques où il fait jouer un rôle au sympathique péri-vasculaire.

KOBNER, BERNHARDT, WIESSMANN, VON FREY ont provoqué, par application prolongée d'un garrot, des paralysies flasques avec RD.

Ces mêmes constatations ont été faites par GALLAVARDIN, PAUPERT-RAVAULT, VAQUEZ, SCHLESINGER, au cours des troubles circulatoires des membres.

Les thèses de BARBIER, A. CONDRUYER, A. BROCHART montrent le rôle de l'ischémie dans la détermination des névrites des membres.

Enfin, tout récemment, le Docteur Michel SALMON constate, après une intervention, une paralysie du Sciatique P. Ext. qu'il attribue à un trouble de l'irrigation artérielle du tronc nerveux par suite d'une lésion des artères de ce nerf.

Ainsi, l'Ischémie peut entraîner des névrites apparaissant après une durée plus ou moins longue, quelques heures pouvant suffire à les déterminer.

Les coupes pratiquées au niveau des gros troncs nerveux nous révèlent de graves lésions de névrite parenchymateuse avec altération et souvent même destruction complète des cylindraxes, une atteinte de la gaine de myéline, une légère augmentation des noyaux de la gaine de Schwann avec des lésions interstitielles.

C'est surtout au cours des oblitérations progressives que les conséquences lésionnelles de l'ischémie se manifestent d'une façon plus nette et moins contestable.

Nous nous permettons de rapprocher les altérations nerveuses signalées de celles rencontrées au cours de la gangrène spontanée où l'atteinte constante des nerfs périphériques présente dans une certaine mesure de la ressemblance avec la Névrite Ischémique.

En conclusion, nous voyons que les conséquences nerveuses de l'ischémie, au cours des affections oblitératives, sont loin d'être négligeables.

C'est à la pathogénie des manifestations sciatalgiques observées au cours des oblitérations artérielles des membres inf. que nous consacrons ce paragraphe.

Nous étudierons cette pathogénie dans :

Oblitérations anatomiques (hautes et basses).

Oblitérations fonctionnelles.

OBLITÉRATIONS ANATOMIQUES.

Nous considérerons successivement les oblitérations anatomiques hautes et basses.

OBLITÉRATIONS ANATOMIQUES HAUTES.

L'afflux de sang dans le N. Sciatique peut être ralenti par l'existence d'un processus thrombosant ou embolique siégeant en position haute et oblitérant plus ou moins une artère principale (Carrefour Aortique, observation n° VIII).

S'ajoutant à l'ischémie mécanique ainsi réalisée, nous observons la participation brutale et intense du Système Sympathique. Les manifestations du Système Nerveux, prenant le pas sur la lésion initiale, vont dominer par leur violence le tableau clinique au point d'éclipser la lésion qui les a provoquées — ceci s'observe surtout, comme l'ont démontré MALMÉJAC, CARCASSONNE et H. HAIMOVICI, lorsque l'artère est « brutalement distendue » (observation n° VII).

C'est au niveau de l'« épine irritative » que le Spasme va s'exercer, complétant ainsi l'obstruction artérielle et, par conséquent, l'ischémie dans le territoire du Sciatique.

Mais à côté de ce spasme localisé, nous pouvons observer débordant le cadre de l'artère intéressée, des manifestations vaso-motrices au niveau des vaisseaux propres du N. Sciatique. L'excitation vaso-constrictrice a alors emprunté les plexus périvasculaires et surtout les filets sympathiques mêlés aux fibres cérébro-spinales du nerf. Cette oblitération fonctionnelle secondaire, siégeant sur les vaisseaux du Sciatique, vient ainsi intensifier l'ischémie sciatique qui entraînera la souffrance du nerf.

OBLITÉRATIONS ANATOMIQUES BASSES.

Nous rangeons sous ce titre les obstacles anatomiques siégeant au niveau des A. Nourricières du N. Sciatique ou au niveau des artères voisines, principalement l'A.

Fémorale dont les lésions entravent par répercussion la circulation à l'intérieur du nerf.

Oblitérations anatomiques des A. Nourricières du N. Sciatique.

C'est à l'atteinte des vaisseaux propres du nerf que la majorité des auteurs attribuent les Sciatiques consécutives à des accidents thérapeutiques (observations n^{os} X, XI, XII et XIII).

La circulation artérielle à l'intérieur du nerf peut être freinée par un processus thrombosant (quinine...) qui, réalisant progressivement une oblitération que complètera le spasme, est susceptible de provoquer par Ischémie une Névrite Sciatique.

Faisons une place particulière à l'embolie artérielle. La masse médicamenteuse, notamment le bismuth en solution huileuse, obstrue, en partie tout au moins la lumière artérielle, entraînant ainsi une irritation suivie de paralysie.

Cette façon de voir est du reste corroborée par la démonstration de FREUDENTHAL et par les recherches expérimentales et anatomo-pathologiques de A. OTEIZA SETIEN.

Après ces accidents thérapeutiques, nous nous devons de signaler les cas où l'atteinte inflammatoire d'une artère voisine progresse jusqu'aux vaisseaux nourriciers du nerf par un processus d'Adventicite. Nous pouvons également entrevoir la possibilité d'un embol « émigrant » dans une artère du nerf qui déterminera suivant un mécanisme analogue à celui des oblitérations anatomiques hautes, les mêmes conséquences.

Oblitérations anatomiques des A. voisines du N. Sciatique.

Dans les observations n^{os} VI et VII, nous mentionnons des cas d'oblitération de l'artère Fémorale ayant débuté cliniquement par une sciatalgie brutale et intense.

C'est à la participation du système sympathique que nous attribuons cette algie, comme le prouve l'heureux résultat de l'Artériectomie pratiquée dans l'observation n° VI, ainsi que les sympathectomies de LERICHE.

L'ischémie mécanique réalisée dans le nerf par l'embol fémoral est légère (les artères du Sciatique provenant de différentes sources et étant anastomotiques et non terminales, l'obstruction des A. Perforantes n'a donc que de très faibles conséquences).

C'est donc aux phénomènes vaso-constricteurs réflexes se manifestant au niveau des artères du nerf qu'il faut attribuer la sciatalgie.

La thrombose fémorale peut-elle provoquer des manifestations douloureuses dans le territoire du Sciatique ? La propagation de l'inflammation par un processus d'adventicite, les altérations constatées au cours des Artérites des Membres Inférieurs au niveau de ce centre vaso-constricteur périphérique qu'est le Sympathique Catenaire Lombaire (L. CORNIL, J.-E. PAILLAS et H. HAIMOVICI), enfin la constitution même du N. Sciatique nous permettent de l'admettre.

OBLITÉRATIONS FONCTIONNELLES PURES.

Nous avons vu, avec les Oblitérations Anatomiques, la participation intense du Système Nerveux Sympathique dans la détermination de l'Ischémie et de l'Algie Sciatique.

Le rôle du Spasme est nettement mis en évidence dans une catégorie de Sciatiques particulières, appelées Sciatiques Vaso-Motrices. Dans ces cas, le N. Sciatique, par sa richesse en filets sympathiques serait, selon LERICHE, le siège de crises de vaso-motricité. A l'appui de cette pathogénie où l'oblitération fonctionnelle des vaisseaux du nerf provoquerait sa souffrance, signalons

avec BERNARD l'heureuse action de la thérapeutique vaso-dilatatrice.

Les injections péri-artérielles, conséquences malheureuses de piqûres intra-musculaires pratiquées dans la région fessière, prenant ici une valeur expérimentale, sont susceptibles de déclencher une vaso-constriction douloureuse se traduisant par une sciatalgie. Cette épine irritative peut être représentée, dans certains cas, par un hématome plus ou moins volumineux et consécutif à une injection intra-fessière ; il provoquera alors une irritation des filets sympathiques et une compression du nerf, comme l'ont signalé SICARD et H. ROGER.

Enfin, de ces manifestations douloureuses où le spasme mêle la souffrance du nerf Sciatique à celle de ses vaisseaux, rapprochons, au point de vue pathogénique, les sciatalgies brutales des viscéropathies, attribuées par L. CORNIL, A. HAMANT et M. MOSINGER à une répercussivité vaso-motrice entraînant secondairement et par l'intermédiaire des troubles vaso-moteurs, la souffrance du N. Sciatique.

En conclusion, nous voyons que le spasme est susceptible de provoquer une sciatalgie par oblitération fonctionnelle des vaisseaux nourriciers du nerf, ainsi que le Professeur L. CORNIL l'a précisé dès 1927. Nous rapprocherons cette pathogénie de celle mise en lumière par le Professeur V. AUDIBERT dans la Paralysie Faciale.

CONCLUSIONS

Au terme de ce travail, nous voyons que la symptomatologie dans l'une et dans l'autre affection est en général nettement tranchée et que le tableau clinique habituel, complété par les explorations et les examens courants, permet le plus souvent un diagnostic relativement aisé.

Cependant, dans certains cas d'affections oblitératives, particulièrement dans les oblitérations anatomiques brutales, les phénomènes nerveux peuvent éclipser momentanément, par leur intensité, l'affection initiale et se traduire par une sciatalgie, rendant ainsi le diagnostic hésitant.

Dans d'autres cas peu fréquents, les éléments vasomoteurs du syndrome sympathique peuvent prendre une importance telle que la névralgie sciatique passe au deuxième plan et que le tableau clinique se trouve ainsi dominé par une symptomatologie vasculaire. L'hésitation avec une atteinte artérielle est alors possible.

Enfin, c'est à la riche vascularisation et surtout à la constitution du nerf sciatique que l'on doit attribuer la

production des phénomènes anormaux observés au cours de ces deux affections.

Notre but a été, après avoir opposé la clinique des sciaticques à celle des oblitérations artérielles des membres inférieurs, d'individualiser les formes anormales rencontrées et de montrer l'intérêt qu'il y avait dans les cas difficiles à rechercher le signe du brassard oscillogométrique.

Lu et approuvé :
Le Président de Thèse,
H. ROGER

Vu et approuvé :
Le Doyen,
L. CORNIL

Vu et permis d'imprimer :
Aix, le 15 juin 1942
Le Recteur de l'Académie d'Aix-Marseille
Président du Conseil de l'Université :
P. MARTINO

BIBLIOGRAPHIE

- AUDIER (M.). — « Syndromes emboliques progressifs » (*Progrès Médical*, mars 1937).
- BARBIER. — « Les sciatiques vasculaires » (*Thèse*, Nancy, 1934).
- BARKER. — « Lésions des nerfs périphériques dans la T.A.O. » (*Arch. Int. de Médecine*, août 1938).
- BERNARD. — « Les sciatiques vaso-motrices » (*Concours Médical*, juillet 1932).
- BLEICHER et MATHIEU (F.). — « La vascularisation du nerf sciatique chez l'homme » (*Associat. des Anatomistes*, mars 1934).
- BROCHART (A.). — « Les paralysies posturales du S.P.E. » (*Thèse*, Marseille, 1941).
- CHAUTEMPS. — « Les artérites juvéniles » (*Thèse*, Paris, 1936).
- CHAVANY. — « La sciatique » (*P. M. I.*, Doin, 1931).
- CONDROYER (A.). — « Les sciatiques consécutives aux injections intra-fessières de bismuth » (*Thèse*, Marseille, 1940).
- CORNIL (L.), HAMANT (A.) et MOSINGER (M.). — « Les sciatiques répercutives » (*Revue Neurologique*, juin 1930).
- CORNIL (L.), CARCASSONNE et IMBERT (R.). — « Sur les lésions des ganglions sympathiques lombaires dans les artérites des M. I. » (*Société de Médecine de Marseille*, février 1937).
- CORNIL (L.), PAILLAS et HAIMOVICI (H.). — « Sur les lésions sympathiques extensives lombaires au cours des artérites des membres » (*Annales d'Anatomie Pathologique*, décembre 1938).
- CORNIL (L.) et HAMANT (A.). — « Sciatiques répercutives et fissures anales » (*Société de Médecine de Nancy*, 27 janvier 1926).
- CORNIL (L.) et MOSINGER (M.). — « La pathogénie des spasmes vasculaires » (*Arch. de Méd. Gén. et Col.*, 1936, N° 5).
- COSTE, BOLGERT et DEBRAY. — « Névrite ischémique aiguë » (*Soc. de Méd. des Hôpitaux de Paris*, juillet 1933).
- CROUZON et LHERMITTE. — « Les névralgies (et spécialement les sciatiques) apoplectiformes » (*Société de Neurologie*, mai 1932).
- DUHOT. — « Les névrites ischémiques » (Maloine, 1932).

- FIOLLE (J.). — « Généralités sur les spasmes vasculaires en chirurgie » (*Arch. de Méd. Gén. et Col.*, 1936, N° 7).
- FIOLLE (J.). — « Les embolies artérielles des membres. Etude physio. patho. » (*Journal Chirurgical*, octobre 1937).
- GALLAVARDIN. — « Névrite ischémique » (*Arch. de Méd. Gén. et Col.*, octobre 1930).
- GUILLAUME. — « Etude clinique des artérites oblitérantes » (*Gazette des Hôpitaux*, juillet 1927).
- HAIMOVICI (H.). — « Les embolies artérielles des membres » (Masson).
- LAGEY. — « Artérite des M. I. Spasmes artériels » (*Thèse*, Paris, 1936).
- LANGERON. — « Les oblitérations artérielles des M. I. » (*P.M.I.*, Doin, 1930).
- LAUBRY. — « Maladies du cœur et des vaisseaux ».
- LEIBOVICI. — « Etude chirurgicale des gangrènes juvéniles par artérites chroniques non syphilitiques » (*Thèse*, Paris, 1928).
- LERICHE. — « La vie végétative des nerfs » (*Presse Médicale*, mars 1941).
- MALMÉJAC. — « Physiologie générale des spasmes vasculaires » (*Arch. de Méd. Gén. et Col.*, 1936, N° 5).
- MALMÉJAC. — « Sur les réactions V. M. régionales au cours des O. A. » (*Société de Biologie de Marseille*, novembre 1935).
- MATHIEU et GRANDPIERRE. — « Névrite sciatique par oblitération de l'A. du grand sciatique » (*Revue Médicale de l'Est*, janvier 1937).
- OTEIZA SETIEN. — « Vida nueva », novembre 1939.
- PAUPERT-RAVAULT. — « Formes cliniques des O. A. des membres » (*Thèse*, Lyon, 1924).
- RAMIREZ. — « Etude critique sur l'anatomie et la pathogénie des artérites oblit. juvéniles des membres et la soi-disant maladie de Buerger » (*Paris*, 1927).
- ROGER (H.). — « Les sciatiques » (Rapport, *Revue Neurologique*, juin 1930).
- ROGER (H.) et RAYBAUD (A.). — « A propos d'un cas d'érythème livédoïde post-bismuthique de la fesse » (*Marseille Médical*, juin 1934).
- ROGER (H.), VIGNE (P.) et DUSAN. — « Paralysie sciatique consécutive à une dermite livédoïde post-bismuthique » (*Marseille Médical*, juin 1934).
- ROGER (H.), SCHACHTER (M.) et FOURNIER (A.). — « Les sciatiques consécutives aux injections intrafessières de bismuth » (*Journal des Praticiens*, novembre 1940).

- ROUGITCHITCH. — « Paralysies ischémiques des membres » (*Thèse*, Bordeaux, 1920).
- ROUSSET. — « Contribution à l'étude de la sciatique » (*Thèse*, Paris, 1934).
- SALMON (A.). — « Rôle du syst. sympathique dans la physiopathologie de la douleur » (*Presse Médicale*, juin 1938).
- SALMON (M.). — « Les artères des nerfs » (*Société de Chirurgie de Marseille*, 1942).
- SCHACHTER. — « Les erreurs de diagnostic en matière de sciatique » (*Revue Médicale de l'Est*, mai 1938).
- SCHLESINGER. — « D'un aspect peu fréquent de névrite vasculaire » (*Wiener Medizinischer Wochenschrift*, janvier 1933).
- TINEL (M.-J.). — « Algies vasculaires » (*Gazette des Hôpitaux*, août 1933).
- VAQUEZ, MAUCLAIR et GIROUX. — « La disparition des oscillations dans les artères d'un membre est-elle toujours en rapport avec une oblitération artérielle ? » (*S. de M. des H. de Paris*, juin 1925).
- VERNEJOUL (DE). — « Embolie de l'A. fémorale » (*Société de Chirurgie de Marseille*, 1936, p. 369).
- VERNEJOUL (DE). — « Cinq cas d'embolie artérielle » (*Société de Chirurgie de Marseille*, 1935, p. 215).
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	13
CHAPITRE PREMIER	
OPPOSITION SYMPTOMATIQUE	15
Les Douleurs	16
Le Syndrome neurologique de névralgie sciatique ..	19
Le Syndrome ischémique d'oblitération artérielle ..	22
Le Signe du brassard oscillométrique	25
Les Recherches complémentaires	26
CHAPITRE DEUXIEME	
FORMES ANORMALES	29
Sciaticues à symptomatologie vasculaire «trompeuse»	29
Oblitérations artérielles à manifestations sciatalgiques	35
CHAPITRE TROISIEME	
ESSAI DE PATHOGENIE	49
Anatomie et vascularisation du nerf sciatique	49
Essai de pathogénie	53
1° Sciaticues à symptomatologie vasculaire trompeuse	53
2° Oblitérations artérielles à manifestations sciatalgiques	54
CONCLUSIONS	61
BIBLIOGRAPHIE	63

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
